

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1968
Année 1967

THÈSE

N° **87**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-José FERRAGU née CHAUDET

le 26 novembre 1939 à Rennes (Ile-et-Vilaine)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

1968

KERATITES ET SCLERITES CHRONIQUES
ET ALLERGIE BACTÉRIENNE OU TUBERCULINIQUE

(Etude clinique et allergologique de 45 observations)

Président : M. BREGEAT, Professeur,

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1968
Année 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marie-José FERRAGU née CHAUDET

le 26 novembre 1939 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

KERATITES ET SCLERITES CHRONIQUES
ET ALLERGIE BACTÉRIENNE OU TUBERCULINIQUE
(Etude clinique et allergologique de 45 observations)

Président : M. BREGEAT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549932_0020

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapie appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	CONTE (M.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — — (Pitié)	DOMART (A.)
— — — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
	RICHEL (G.)
Néphrologie	LE BEAU (J.)
Neuro-chirurgie	LHERMITTE F.
Neurologie	PICHOT (P.)
Neuro-psychiatrie	MADURO (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Physiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYBOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

A mon Mari,

A mon Fils,

A ma Famille

A mes Amis.

A Monsieur le Docteur Jean BLAMOUTIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph,

Qui nous a proposé le sujet de
cette thèse et nous a guidé dans
sa réalisation.

Qu'il nous soit permis de lui
témoigner toute notre reconnais-
sance pour l'aide bienveillante
qu'il a bien voulu nous accorder.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
<u>QUELQUES GENERALITES SUR LES KERATITES</u>	2
A/ RAPPEL ANATOMIQUE	2
B/ RAPPEL PHYSIOLOGIQUE	2
C/ LES KERATITES	3
- Définition	3
- Classification	3
- Etiologie	4
D/ LES KERATITES ALLERGIQUES	4
<u>HISTORIQUE</u>	6
<u>METHODE D'ETUDE</u>	8
A/ <u>L'INTERROGATOIRE</u>	8
1/ Chronologie de la maladie oculaire	8
2/ Etude des antécédents personnels et familiaux ..	9
B/ <u>LA RECHERCHE DES FOYERS INFECTIEUX PRIMITIFS</u>	9
1/ Examen oto-rhino-laryngologique	9
2/ Une affection cutanée	10
3/ Une affection dentaire	10
4/, 5/, 6/ Autres affections	10
C/ <u>EXAMENS PARACLINIQUES</u>	10
D/ <u>L'ENQUETE ALLERGOLOGIQUE</u>	11
1/ Les tests	12
2/ La lecture des réactions intra-dermiques	13
3/ L'étude des réactions focales	14
a/ La réaction focale d'atténuation	14
b/ La réaction focale d'aggravation	15
c/ L'absence de réaction focale	15
4/ L'épreuve thérapeutique	16
E/ <u>LE TRAITEMENT</u>	17
1/ Eviction de l'antigène bactérien à l'aide de médicaments symptomatiques	17

2/ Traitement par la désensibilisation spécifique ...	18
a/ Première phase : détermination de l'antigène ..	18
b/ Seconde phase : la désensibilisation	19
c/ Troisième phase : le traitement d'entretien ...	20
3/ Traitement des kératites allergiques tuberculiniques	20
<u>OBSERVATIONS</u>	22
<u>ETUDE STATISTIQUE DES OBSERVATIONS</u>	64
A/ REPARTITION PAR SEXE ET AGE	64
B/ REPARTITION SUIVANT L'ORIGINE DE LA KERATITE	65
<u>ETUDE STATISTIQUE :</u>	
. Antécédents personnels et familiaux	66
. Recherche des foyers infectieux primitifs	67
. Enquête allergologique	70
. Réaction focale	72
. Désensibilisation	73
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	
Table des Matières	

INTRODUCTION

L'étude qui va suivre nous a été inspirée par un certain nombre d'observations de malades adressés en Médecine Générale ou en Allergologie par des ophtalmologistes. Ces malades étaient porteurs de scléro-kératites chroniques récidivantes, rebelles dans la plupart des cas aux thérapeutiques les plus diverses dont aux sulfamides et aux antibiotiques. Cette chronicité évolutive constituait indiscutablement une gêne fonctionnelle très ennuyeuse.

Il nous a semblé intéressant de relater les méthodes de traitements allergologiques utilisées dans ces différents cas, méthodes qui dans le domaine des affections décrites se sont révélées d'une efficacité incontestable lorsqu'elles étaient basées sur une enquête allergologique précise confrontée avec les arguments cliniques tirés de l'interrogatoire et de l'examen de ces malades.

Notre objet sera donc, après un bref rappel de quelques généralités et l'étude sommaire des diverses étiologies des kératites, d'exposer une méthode qui dans ses différentes phases (interrogatoire, étude clinique complète, antécédents allergiques, examen oculaire, tests allergiques...), nous permettra de définir les principaux traits d'une thérapeutique spécifique.

La chronicité évolutive des scléro-kératites par allergie bactérienne donne à cette affection un caractère de gravité, car elles peuvent conduire à des atteintes irréversibles de l'appareil oculaire.

Les scléro-kératites par allergie bactérienne restent plus fréquentes que les kératites évoluant parallèlement à une hyperergie tuberculinique. Les moyens d'investigation et les précautions thérapeutiques, qui sont nécessaires dans les deux cas, permettent de les réunir dans une même étude.

GENERALITES SUR LES KERATITES

A/ RAPPEL ANATOMIQUE.

Pour comprendre la classification clinique et le mécanisme des différentes kératites, il est nécessaire de rappeler au moins brièvement les principales caractéristiques qui font l'originalité du tissu cornéen. Partie antérieure de la membrane protectrice de l'oeil, la cornée a une double origine tissulaire. L'épithélium cornéen est en effet d'origine ectodermique, tandis que les couches les plus postérieures sont d'origine mésodermique⁽¹⁾. Par ailleurs, un second caractère original important réside dans le fait que le tissu cornéen est totale-ment dépourvu de vaisseaux.

B/ RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.

Le rôle du tissu cornéen dans la fonction oculaire est important. Constituant pour l'oeil une sorte de fenêtre, la

(1) On rappelle que le tissu cornéen, formé de fibres parallèles, comporte cinq couches :

- 1/ L'épithélium antérieur ;
- 2/ La membrane de BOWMAN ;
- 3/ Le tissu propre ;
- 4/ La membrane de DESCOMET ;
- 5/ L'endothélium.

cornée a pour qualité majeure sa transparence. Toute détérioration due à une agression extérieure susceptible de laisser des traces, même minimes, sur le tissu cornéen et affectant cette transparence, conduit automatiquement à une baisse de l'acuité visuelle.

Il est intéressant de rappeler également que la cornée est un tissu sensible.

C/ LES KERATITES.

Les différentes kératites se définissent toutes du point de vue anatomique par une inflammation du tissu cornéen, se traduisant cliniquement par une gêne fonctionnelle, une hyperhémie de la sclère et une algie oculaire.

Classification.

Les kératites se présentent sous différents aspects. On peut, en effet, distinguer :

1/ Les kératites superficielles ou épithéliales, atteignant seulement l'épithélium cornéen. Ce type de kératite est souvent associé, en fait, à une lésion conjonctivale (kérato-conjonctivite) et se caractérise généralement par de multiples érosions en têtes d'épingles, mises en évidence par l'instillation de fluorescéine. Les kérato-conjonctivites phlycténulaires, caractérisées par l'existence de phlyctènes prenant également la fluorescéine, constituent un type particulier de ces kératites.

2/ Les kératites interstitielles ou parenchymateuses, atteignent les couches plus profondes sans affecter l'épithélium, qui demeure en principe intact. Parmi les formes les plus courantes, on distingue surtout :

- les kératites diffuses occupant l'épaisseur du parenchyme, ces dernières étant par ailleurs diffuses ou localisées.
- les kératites nodulaires, localisées sous forme de nodules blanchâtres isolés au sein du parenchyme.

3/ Les kératites ulcéreuses sont souvent secondaires à une surinfection locale.

On citera également parmi les autres formes cliniques, les kératites limbiques et les scléro-kératites.

Etiologie.

Les kératites peuvent avoir pour origine un certain nombre de causes, parmi lesquelles il convient de citer :

- les traumatismes résultant notamment de chocs ou de blessures érosives des couches superficielles de l'oeil.
- les agents physiques ou chimiques (le soufre, dans le cas de l'une de nos observations).
- les virus (dans le cas du trachome, par exemple) correspondant le plus souvent à une localisation directe. Surtout le virus herpétique donne lieu à des localisations cornéennes dont le caractère récidivant peut amener à discuter l'existence d'une sensibilisation virale. Dans certains cas, le vaccin antiherpétique, initialement dilué, entraîne une nette amélioration de ces malades.

Nous éliminerons cependant de notre étude les kératites herpétiques pures en signalant que, parfois, la vaccinothérapie bactérienne influence favorablement l'évolution d'un herpès cornéen récidivant sur terrain allergique.

- la kératite interstitielle de la syphilis congénitale est de moins en moins fréquente.

A côté de ces kératites pour lesquelles un diagnostic peut être établi dans un contexte clinique précis et où existent des thérapeutiques spécifiques, un groupe important est constitué par les kératites d'origine allergique, auxquelles nous nous attacherons plus précisément.

D/ LES KERATITES ALLERGIQUES.

L'oeil et ses annexes cutanées ou muqueuses constituent, comme on le sait, un terrain particulièrement favorable pour les manifestations allergiques.

Les pneumallergènes (poussière de maison, plume...) responsables du syndrome allergique dermo-respiratoire conduisent ainsi

fréquemment à des kératites superficielles.

Les mycoses (candida albicans, trichophyties, épidermophyties...) ainsi que les parasitoses-helminthes, ascaris, oxyures... peuvent également être à l'origine de certaines kératites, du fait de la réaction assez vive de la cornée aux antigènes micro-organiques.

Mais les germes bactériens peuvent également être incriminés dans l'origine et l'entretien des kératites.

La protéine tuberculinique peut ainsi, comme on le sait, induire au niveau de la cornée un processus de sensibilisation sur lequel ont porté de nombreuses études (cf. bibliographie) et sur lequel nous ne reviendrons pas⁽¹⁾.

Parmi les complications oculaires de l'acné rosacée, la kératite rosacée a également retenu l'attention de nombreux auteurs. Pour SIDI, ARON-BRUNETIERE et KOHEN, le facteur étiologique de la maladie est une allergie bactérienne (salmonelles, entérocoques ou autres germes intestinaux gram positif). Le staphylocoque doré apparaît de même comme l'antigène responsable dans plusieurs cas (cf. l'une de nos observations).

Toutefois, indépendamment de ces kératites associées à une infection chronique connue - nous réserverons par la suite le terme de foyer infectieux primaire -, on constate aussi, et la majeure partie de nos observations y auront trait, l'existence de kératites isolées évoluant également par poussées et posant, du fait de l'absence apparente de foyer infectieux, de délicats problèmes thérapeutiques.

C'est devant de telles kératites, résistant aux thérapeutiques déjà connues, que l'on est amené à incriminer une allergie

(1) Plusieurs de nos observations portent toutefois sur des cas de kératite allergique tuberculinique.

bactérienne pure et à parler de kératite allergique par allergie bactérienne. Il convient toutefois de souligner que l'existence de cette allergie bactérienne ne peut être affirmée, faute d'autres preuves, qu'après avoir effectué une série de tests aux différents antigènes bactériens et constaté le succès thérapeutique de la désensibilisation par les antigènes responsables.

Plus récemment, HALPERN a proposé un test in-vitro qui semble donner des résultats concordants en cas d'allergie bactérienne : la transformation lymphoblastique des lymphocytes en présence de l'antigène bactérien pourrait apporter dans les cas douteux la confirmation du diagnostic étiologique.

HISTORIQUE

Les kératites, et notamment la kérato-conjonctivite phlycténulaire, constituent un groupe de maladies connues depuis l'Antiquité. Leur fréquence relativement grande et leurs conséquences graves ont, depuis PAUL D'EGINE, au second siècle de notre ère, incité de nombreux auteurs à les étudier.

De manière précise, la phlyctène a été étudiée pour la première fois en 1869 par IVANOFF, dont les observations anatomopathologiques ont été reprises par différents auteurs.

En 1881, LOEFFLER montre à partir d'expériences animales que la cornée peut être protégée contre une vaccination avec des micro-organismes prélevés sur une souris septicémique, en immunisant l'animal au moyen d'injections intra-veineuses de fines doses de ces micro-organismes.

LEBER, en 1901, étudie à son tour la phlyctène, reprenant en partie certaines conclusions d'IVANOFF.

VERHOEFF, en 1908, et WECKERS, en 1909, réalisent ensuite plusieurs travaux sur la kératite phlycténulaire.

En 1911, WESSELY démontre que la cornée est susceptible de donner une réaction anaphylactique sous l'apparence d'une kératite parenchymateuse.

DERBY et WALKER, en 1913, attirent également l'attention sur la nature anaphylactique de la kératite parenchymateuse, tandis que, parallèlement, GOULFIER étudie l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

En 1925, l'étiopathogénie de cette maladie fait l'objet d'une importante étude d'ALAUD et un peu plus tard, en 1931, WORINGER étudie les conséquences de cette affection sur les jeunes enfants.

En 1940, CANETTI et LACAZE étudient l'évolution et la signification de l'allergie tuberculinique et consacrent une partie de leurs travaux aux kératites. La notion de kératite allergique tuberculinique est ainsi peu à peu précisée. En 1944, DOUROFF décrit la kérato-conjonctivite phlycténulaire comme étant l'un des signes révélateurs de l'imprégnation tuberculinique.

A partir de 1950, de nombreux travaux sont consacrés à l'étude des différentes formes de kératites allergiques.

MAHURET, en 1950, LORRIE et GOLDSMITH, en 1953, GUNTHER, en 1954, THOMAS, CORDIER et ALGAN en 1957... s'intéressent aux manifestations oculaires de l'acné rosacée, posant peu à peu le problème de l'existence de la kératite allergique rosacée.

Parallèlement, la kérato-conjonctivite phlycténulaire tuberculinique est à nouveau étudiée par LAUGIER en 1952, BRINI en 1957...

En 1958, l'important travail de THEODORE et SCHLOSSMAN réalise au moins partiellement la synthèse des travaux effectués dans le domaine de l'allergie oculaire et notamment des kératites. Les deux auteurs insistent sur le rôle majeur des micro-organismes dans les cas de kératite parenchymateuse.

Au cours des années récentes, Jean BLAMOUTIER étudie en détail les problèmes de l'allergie bactérienne dans les différentes spécialités médicales. Insistant sur la disproportion qui apparaît entre l'importance de certaines réactions allergiques et la discrétion des infections qui peuvent provoquer ces réactions, il montre l'intérêt majeur de l'enquête allergologique, tant du point de vue du diagnostic que du point de vue thérapeutique dans le cas des affections oculaires. En collaboration avec Henri SARAUX, il insiste sur la fréquence des sensibilisations bactériennes, notamment dans les sclérites chroniques et les kératites.

METHODE D' ETUDE

Avant de procéder à la présentation et à l'interprétation détaillée de nos observations, nous exposerons la méthode d'étude qui nous a guidé dans chacun des cas.

Cette méthode d'étude comporte différentes phases successives :

A/ L'INTERROGATOIRE.

L'interrogatoire du malade, ou, à défaut, de ses proches, constitue, bien entendu, la première phase. Toujours riche d'enseignement, il permet de préciser à la fois l'évolution chronologique de l'affection et les principales données du contexte dans lequel cette dernière est apparue.

1°/ Chronologie de la maladie oculaire.

Nous avons rappelé précédemment les différents aspects possibles des kératites en soulignant leur tendance permanente à la chronicité évolutive. Il est donc important de préciser en même temps que la nature de l'affection, la date d'apparition

de la maladie oculaire, ainsi que la fréquence et l'intensité des différentes poussées évolutives.

L'on tentera de mettre en évidence les conditions d'aggravation en recherchant notamment le rôle néfaste des saisons automnales ou hivernales, le rôle des surinfections aériennes...

2°/ Etude des antécédents personnels et familiaux.

Il n'est pas fréquent de retrouver des antécédents majeurs allergiques chez les malades atteints de kératite (asthme, eczéma...). Loin de faire repousser la nature allergique d'une affection oculaire chronique, son caractère isolé sans antécédents d'ordre allergique est un bon argument en faveur de la nécessité d'une enquête allergologique.

Parfois, à défaut de terrain allergique, il sera néanmoins possible de retenir déjà un épisode infectieux ancien (tuberculose, dermatose infectieuse, telle la furonculose...) fournissant de précieux indices sur l'étiologie possible de la kératite.

B/ LA RECHERCHE DES FOYERS INFECTIEUX PRIMITIFS.

Si l'interrogatoire peut conduire à déceler un terrain allergique, il ne permet pas toujours de reconnaître l'existence des foyers infectieux primitifs.

1°/ Examen oto-rhino-laryngologique.

L'infection des voies respiratoires constitue souvent la porte d'entrée de la kératite bactérienne ; c'est ce foyer qui est le plus souvent rencontré. L'examen oto-rhino-laryngologique pourra donc dans certains cas s'avérer extrêmement fructueux. On rappellera à cet égard l'intérêt de la rhinoscopie, dans tous les cas d'allergie respiratoire pouvant être associés à une allergie oculaire.

Ainsi, la rhinoscopie antérieure permettra de découvrir une rhinite purulente ; celle-ci complique souvent une atteinte antérieure liée à une sensibilisation aux pneumallergènes. Les rhinites hypertrophiques réalisant une mauvaise aération de la région méatique moyenne, peuvent être responsables d'infections

récidivantes des sinus maxillaires. On peut voir le pus sourdre par le méat moyen. La radiographie des sinus est nécessaire pour apprécier les modifications de la muqueuse. De même un examen de la gorge pourra montrer une inflammation chronique du cavum, les pharyngites, les laryngites sont parfois le siège de surinfections fréquentes. Enfin les affections amygdaliennes à répétition, la persistance de grosses amygdales cryptiques accompagnées souvent de réactions ganglionnaires constituent des portes d'entrée possible de germes créant ultérieurement une allergie bactérienne.

2°/ Une affection cutanée récidivante telle une acné pustuleuse, une acné rosacée (dont on sait que l'allergie bactérienne est une cause fréquente), une hypo-dermite nodulaire à poussées successives, une furonculose, une simple folliculite des endroits de frottement constituent parfois des affections que l'on retrouve dans l'antécédent des malades porteurs de kératite récidivante.

3°/ Une affection dentaire souvent méconnue peut éventuellement être l'origine d'une sensibilisation bactérienne. Une radiographie systématique des dents retrouvera parfois un granulome apical passé inaperçu et ayant entraîné secondairement des réactions d'ostéolyse péri-apicale.

4°/ Une affection colitique récidivante, une affection gastro-entérologique sont parfois retrouvées.

5°/ Une affection génito-urinaire chronique généralement à colibacille peut également être génératrice d'allergie bactérienne.

6°/ Beaucoup plus rarement, on retrouvera un foyer osseux d'ostéite ancien subissant quelques poussées évolutives.

C/ LES EXAMENS PARA-CLINIQUES.

La recherche de signes biologiques d'une infection évolutive par certains examens de Laboratoire est souvent vouée à l'échec.

Il sera cependant prudent de faire une numération formule sanguine ; il est rare de retrouver une leucocytose avec polynucléose neutrophile.

La vitesse de sédimentation est rarement accélérée.

La recherche d'un foyer infectieux primitif latent peut demander des examens radiologiques spécialisés.

En fait, nous insisterons sur le décalage dans le temps entre l'affection génératrice d'allergie bactérienne et la disproportion entre la discrétion du foyer initial et l'importance des manifestations secondes oculaires.

On ne peut donc se fier à des examens biologiques normaux pour récuser le diagnostic d'allergie bactérienne.

Dans ces examens para-cliniques, on peut inclure le test de transformation lymphoblastique des lymphocytes mettant en présence directement l'antigène bactérien suspect. On peut avoir ainsi la confirmation de la suspicion clinique d'une allergie bactérienne à l'origine d'une kératite par allergie bactérienne.

D/ L'ENQUETE ALLERGOLOGIQUE.

L'enquête allergologique réalisée dans des conditions précises et en attachant plus d'importance aux réactions focales qu'aux réactions intra-dermiques même intenses, apporte la preuve de l'étiologie allergique bactérienne.

L'enquête proprement dite comprendra :

1. La lecture des réactions intradermiques aux différentes bactéries et à leurs toxines ;
2. L'étude des réactions focales engendrées par l'introduction intradermique de l'antigène ;
3. L'épreuve thérapeutique.

Nous rappellerons cependant qu'il convient d'arrêter antérieurement tout traitement cortisonique, car l'on sait que la cortisone inhibe essentiellement les réactions de type retardé, ce qui est la règle pour les réactions intradermiques après

introduction d'un allergène bactérien.

Par contre, il sera prudent devant une atteinte cornéenne sévère de pratiquer les tests sous antibiotiques, sous anti-histaminiques de synthèse. Certes, on atténuera ainsi parfois la réaction focale, mais on évitera dans bon nombre de cas une poussée évolutive fâcheuse.

Le matériel utilisé :

1°/ Les tests.

Les tests utilisés sont effectués de façon courante avec les vaccins de l'Institut Pasteur dont on effectue des dilutions au 1/10, 1/100, etc...

- le streptocoque ;
 - le pneumocoque ;
 - le C.C.B. (associant *e catarrhalis* aux deux germes précédents) ;
 - le staphylocoque ;
 - l'anatoxine staphylococcique ;
 - le colibacille ;
 - le protéus ;
 - et par ailleurs, bien entendu, la tuberculine
- sont les suspensions antigéniques les plus fréquemment utilisées.

Ces vaccins titrent de 20 milliards de germes au cm^3 pour le colibacille et le protéus, 6 milliards de germes au cm^3 pour le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque, et 4 milliards de germes au cm^3 pour le C.C.B.

On peut, par prudence, commencer l'enquête allergologique par des dilutions au 1/100 c'est-à-dire par des dilutions titrant par exemple 60 millions de germes au cm^3 , et recourir ensuite aux dilutions au 1/10, c'est-à-dire à des dilutions titrant 600 millions de germes au cm^3 .

En fait, il n'existe pas avec les germes la progressivité des réactions intra-dermiques que l'on observe avec les pneumallergènes, et la dilution utilisée n'est pas la seule précaution à respecter en cas d'atteinte cornéenne sévère.

On pratique des intra-dermo-réactions au moyen de seringues de lcc, graduées au 1/10. Après désinfection de la peau par application d'alcool à 90°, les intra-dermo sont effectuées sur une ligne parallèle à l'axe du bras, en choisissant la zone la plus sensible aux réactions c'est-à-dire :

- soit la face externe ou antéro-externe du bras ;
- soit la face antérieure de l'avant-bras.

Les dimensions de la papule obtenue par l'injection intra-dermique ne dépassent pas 3 à 4 mm de diamètre, de façon à n'injecter qu'une quantité de solution antigénique inférieure à 1/10 de cm³.

Il convient, dans la mesure du possible, de fragmenter l'examen allergologique pour tenter d'établir avec une plus grande certitude, comme on le verra plus loin, le germe responsable de la réaction focale. Cette technique est indispensable dans certains cas de polysensibilisation bactérienne.

2°/ La lecture des réactions intra-dermiques.

Les tests constituent un moyen d'apprécier le degré de sensibilisation vis-à-vis d'un antigène. Leur lecture doit donc être effectuée minutieusement sans perdre de vue l'anamnèse et en évitant de dissocier les résultats de cette dernière.

Toutefois, comme l'a signalé HALPERN "il faut avoir toujours présent à l'esprit qu'il peut y avoir une discordance entre les réactions immunologiques et le tableau clinique".

Contrairement aux pneumallergènes, qui donnent des réactions généralement de type immédiat, il convient de lire les réactions intra-dermiques des tests bactériens au bout de :

- 20 minutes ;
- 24 heures ;
- 48 heures ;

les réactions immédiates étant plus rarement constatées que les réactions retardées.

L'unité de notation choisie consiste en une croix. Ce symbole correspond à une réaction papulo-érythémateuse de 1 cm. Parfois, l'intensité de la réaction est toutefois plus importante (apparition de pseudopodes autour de la papule, par exemple) et il convient alors de le préciser. La majorité des auteurs restent fidèles à une notation séparée de la réaction oedémateuse et de la réaction érythémateuse.

3°/ L'étude des réactions focales.

Les réactions focales doivent être étudiées en même temps que les réactions locales.

La prise de documents photographiques permet de suivre l'évolution des lésions oculaires dans le temps et apportent des arguments irréfutables quant à la reproduction ou à l'atténuation des lésions anatomiques. En effet, en même temps que le test évolue, l'examen et la photographie de l'oeil permettent de discerner "l'action cible" de l'antigène considéré. (Souignons à ce propos que la notion de réaction focale, valable pour toutes les variétés d'allergies, apparaît avec beaucoup plus de netteté dans le cas de l'allergie oculaire).

Deux types différents de réaction focales peuvent être distingués à la suite des tests intra-dermiques. Les premiers conduisent à une atténuation de l'affection constatée ; les autres conduisent au contraire à son aggravation.

a/ La réaction focale d'atténuation.

Cette réaction est très fréquente en allergie oculaire et, en particulier, dans le cas des kératites allergiques d'origine bactérienne. Elle s'accompagne d'une sédation fonctionnelle de la kératite, généralement signalée d'emblée par le malade et susceptible d'être constatée facilement à l'examen.

La réaction est généralement éphémère, quoique l'application immédiate de la thérapeutique désensibilisante prenant le relais, peut dans certains cas prolonger

naturellement l'action sédative initiale et conduire à un résultat thérapeutique positif rapidement acquis.

En général, l'amélioration procurée par les tests sera suivie d'une rechute de la kératite, il conviendra donc d'être extrêmement prudent et de ne pas confondre les seuls effets de la réaction avec les premiers résultats d'une thérapeutique.

Il convient d'insister néanmoins sur le fait que la constatation d'une réaction focale constitue un élément pronostic favorable. Sous réserve de certaines précautions pour pouvoir l'apprécier sans erreur, il s'agit d'une indication étiologique très précieuse.

b/ La réaction focale d'aggravation.

Les réactions d'aggravation généralement brèves sont parfois plus difficiles à mettre en évidence que les réactions d'atténuation. La réaction peut toutefois être, dans certains cas, importante. J. BLAMOUTIER a observé ainsi plusieurs cas où une extension des symptômes d'inflammation cornéenne est constatée sur l'autre oeil, reconnu antérieurement sain.

Il peut parfois être difficile de distinguer les effets aggravants résultant des tests et les effets d'une simple poussée de la maladie. Plus encore que pour des réactions d'atténuation, l'interprétation des réactions d'aggravation restera donc essentiellement délicate, tout en restant l'un des éléments les plus solides et les plus sûrs de la recherche de l'étiologie bactérienne.

L'existence d'une poussée récente de kératite, la bilatéralisation de celle-ci, l'existence surtout d'une ulcération cornéenne, incitent plus encore à pratiquer les tests sous antibiothérapie.

c/ L'absence de réaction focale.

Lorsque la réaction focale n'apparaît pas, on se

contentera généralement de retenir l'intensité des tests positifs pour commencer une désensibilisation qui, au début, jouera le rôle de traitement d'épreuve. Si le contexte clinique est en faveur de cette conduite et se justifie dans une affection chronique, invalidante, dont l'étiologie n'est pas retrouvée. La survenue d'une kératite chez un malade porteur d'une acné rosacée constitue déjà une présomption suffisante de la nature bactérienne de l'atteinte dermo-oculaire.

En aucun cas, la constatation d'une réaction focale d'atténuation ne doit inciter à utiliser des concentrations antigéniques d'emblée plus élevées que chez les malades n'ayant pas présenté de réaction focale ou des réactions de majoration. La réaction focale dépend du moment de l'introduction de l'antigène dans l'évolution de l'affection oculaire étudiée.

4°/ L'épreuve thérapeutique.

La gravité de certaines réactions, notamment dans le cas des réactions focales d'aggravation, peut inciter à faire précéder l'enquête allergologique d'une courte cure d'antibiotiques à spectre suffisamment large. (Les dérivés de la Tétracycline par exemple sont fréquemment utilisés). Une atténuation de la kératite peut alors se produire à ce stade.

Cette amélioration, a priori étonnante - puisque la cornée constitue normalement un tissu avasculaire - ne peut, en général, résulter que de l'action de l'antibiotique sur un foyer infectieux en relation avec l'affection oculaire.

Lorsqu'il est positif, le résultat du traitement initial constitue ainsi, en fait, un véritable test et fournit la preuve de la nature bactérienne de cette affection.

Plus généralement, il convient également de souligner que (notamment dans le cas où les tests se sont révélés peu concluants) les résultats d'un traitement de désensibilisation

entrepris sur la base des réactions ainsi obtenues constituera elle aussi une véritable épreuve thérapeutique, qui confirmera, ou non, les conclusions des tests.

E/ LE TRAITEMENT.

Le traitement des kératites allergiques bactériennes n'obéit pas à des règles fondamentalement différentes de celles qui peuvent être observées pour les autres catégories d'affections d'origine allergique.

Une première action thérapeutique pourra résulter de l'emploi de médicaments symptomatiques qui permettront dans certains cas de soulager et d'atténuer les symptômes de la maladie, en allant éventuellement jusqu'à une guérison totale par une éviction complète du foyer infectieux.

Une seconde action thérapeutique, plus spécifique celle-là, pourra résulter de l'application d'un traitement de désensibilisation.

Le traitement des kératites allergiques tuberculiques, généralement plus difficiles à mettre en oeuvre, présente enfin quelques particularités.

1°/ Eviction de l'allergène bactérien à l'aide de médicaments symptomatiques.

Nous avons déjà indiqué l'intérêt que peut comporter l'usage des antibiotiques dans le cas de l'existence de foyers infectieux primaires entretenant la kératite allergique. Lorsque ces derniers auront été décelés, leur suppression, ou au moins leur atténuation, pourra être tentée de la même façon qu'en thérapeutique anti-allergique générale, l'éviction de l'antigène pourra directement être recherchée. Plusieurs cures d'antibiotiques sont parfois nécessaires pour parvenir à ce résultat et obtenir une éradication complète.

Le choix de l'antibiotique pourra dépendre, bien entendu, de la localisation du foyer infectieux et de la nature de la bactérie incriminée.

Indépendamment des antibiotiques, on pourra faire plus généralement appel à des antihistaminiques (Polaramine, Aphilan, Periactine, Dimegan...) ou à des sulfamides d'action immédiate ou retardée.

L'emploi des antibiotiques sera systématique dans les formes sévères de kératites, notamment lorsqu'une réaction focale d'aggravation aura incité à la prudence.

Généralement utilisés, comme nous venons de le voir, de façon préventive, les médicaments symptomatiques peuvent également être employés en cours de traitement de désensibilisation lors de la reviviscence du foyer infectieux primitif ou encore lors de la survenue d'une surinfection (en cours de traitement).

2°/ Traitement par la désensibilisation spécifique.

Il est, en fait, exceptionnel qu'une thérapeutique du type précédent (entreprise isolément) suffise pour obtenir la guérison du sujet. Il convient donc de lui associer un traitement plus spécifique. C'est l'objet de la désensibilisation spécifique (ou thérapeutique vaccinale), dont le but est avant tout de renforcer la résistance immunologique du malade vis-à-vis de l'agent antigénique.

a/ Première phase : Détermination de l'antigène.

Le principe de la désensibilisation repose sur l'introduction dans l'organisme de très faibles doses de l'antigène responsable.

Il conviendra donc d'isoler le germe, et la désensibilisation ne pourra, en principe, être envisagée qu'une fois la nature de ce germe reconnue, étudiée, comme nous l'avons vu, à partir de critères cliniques et biologiques (enquête allergologique).

Certains auteurs sont restés fidèles à la technique des auto-vaccins piégeant un germe au niveau de l'oeil ou au niveau du foyer infectieux primaire ; son pouvoir pathogène étant étudié, on en fait un vaccin qui est ensuite employé dans la

thérapeutique vaccinale. On peut cependant reprocher à cette technique la difficulté d'affirmer que le germe ainsi isolé est bien l'agent pathogène responsable. L'étude du pouvoir pathogène est souvent difficile et dans tous les cas il est prudent d'explorer la sensibilité du sujet avec l'auto-vaccin ainsi obtenu.

Dans certains cas, on pourra toutefois associer différentes bactéries en cas de polysensibilisation bactérienne si l'on se trouve dans l'impossibilité notamment de démontrer la culpabilité exclusive d'une seule bactérie.

b/ Seconde phase : la désensibilisation.

La méthode utilisée repose sur l'injection sous-cutanée de très faibles doses de l'antigène bactérien, l'importance de ces doses étant très progressivement augmentée.

Le degré de concentration de la dilution initialement employée sera déterminé d'après les données de l'enquête allergologique. Le degré de concentration optima devra correspondre à l'absence de réactions focales aggravantes.

Dans certains cas, la grande sensibilité des malades conduira à rechercher des doses beaucoup plus faibles que pour les dilutions les plus couramment employées. Des dilutions au 1/1.000.000, voire au 1/1.000.000.000, pourront ainsi être utilisées (cf. par exemple notre observation n° 18).

La progression sera ensuite lente et régulière, en veillant constamment à éviter les accidents de surdosage. En cas de réaction focale d'aggravation, il conviendra de revenir à une dose plus faible, avant de recommencer la nouvelle progression.

La stabilisation de l'état oculaire et l'espacement des doses pourront intervenir ensuite, une fois constatée la guérison clinique apparente ou, à défaut, un mieux-être suffisant. (Il convient d'observer que la sensation de mieux-être ne se fait généralement sentir qu'après un délai de 24 heures et que l'amélioration se maintient uniquement si la cadence des injections demeure suffisamment rapprochée - il faut le plus souvent

des injections bi-hebdomadaires -).

En fin de traitement, cette cadence pourra être beaucoup plus espacée et tendre progressivement vers la cadence d'entretien.

c/ Troisième phase : le traitement d'entretien.

Ce traitement prolongera naturellement le traitement initial d'attaque et consistera en des cures vaccinales le plus souvent mensuelles.

La dose retenue correspondra généralement à la dernière dose utilisée ; la durée du traitement pourra être longue.

AU TOTAL : Le traitement exige de la patience tant pour le malade que pour le médecin. Mais le plus souvent, compte tenu des risques inhérents au traitement, et de la difficulté de le confier, le malade devra se plier à la discipline d'un traitement bi-hebdomadaire régulièrement poursuivi.

3°/ Traitement particulier des kératites allergiques tuberculiniques.

Le traitement des kératites allergiques tuberculiniques présente plusieurs caractères particuliers qu'il convient de rappeler.

Si dans l'ensemble, les grandes lignes du traitement restent les mêmes que dans le cas des kératites allergiques bactériennes, l'application de ce traitement sera généralement plus délicate et les résultats souvent beaucoup plus longs à apparaître.

Les antibiotiques employés seront les antibiotiques anti-tuberculeux généralement la triple association : Streptomycine, P.A.S. et kanamycine. Leur emploi sera systématique, même dans le cas où l'on n'aura pas réussi à mettre en évidence de foyer tuberculeux détectable cliniquement et biologiquement, ce qui est la règle.

En ce qui concerne la désensibilisation, on pourra avoir recours aussi bien à l'injection d'antigène méthylique qu'à

l'injection de tuberculine diluée. La seconde méthode conduira dans certains cas à des résultats plus nets, mais le risque de voir apparaître alors des réactions focales importantes obligera pratiquement à utiliser souvent des solutions extrêmement diluées de l'ordre du 1/1.000.000.000.

Les résultats obtenus sont généralement plus lents à se dessiner et les traitements par injections d'antigène méthylique ou de tuberculine diluée doivent être poursuivis plusieurs mois avant que l'on observe généralement une stabilisation de l'état oculaire.

O B S E R V A T I O N S

Observation n° 1

AST... Marie-Thérèse, 47 ans.

Kératite superficielle ponctuée bilatérale, associée à une conjonctivite, rebelle à toute thérapeutique, chez une ancienne tuberculeuse. Un bilan biologique pulmonaire conclut à la stabilisation des lésions pulmonaires. Des tests aux pneumallergènes et aux bactéries sont négatifs. Mais dans ce contexte clinique, on note une forte sensibilisation à la tuberculine 3 unités +++ . Il n'y a pas de réaction focale. Mais le traitement antituberculeux (PASINIAZIDE pendant 3 semaines) améliore l'oeil. L'amélioration se poursuit sous l'effet de la désensibilisation à l'antigène méthylrique au 1/1.000.000. Les dilutions plus élevées ne sont pas supportées par l'oeil.

Malade suivie du 9.12.1964 au 12.7.1965

Observation n° 2

BAR... Annie, 29 ans.

Kératite récidivante évoluant depuis le mois d'août 1965. La maladie est apparue après une deuxième grossesse et est influencée par le cycle menstruel. On ne retrouve pas d'antécédents allergiques personnels, ni de foyer primaire. Le père est asthmatique, un oncle a une kératite marginale secondaire à une allergie tuberculinique. L'enquête allergologique aux pneumallergènes reste négative ; par contre une réaction de +++ au staphylocoque au 1/10 guide la conduite thérapeutique. La malade est mise à la PROPIOCINE associée à un antihistaminique (DIMEGAN). Il n'y a pas eu de désensibilisation. Nous retenons la possibilité d'une influence hormonale. Deux nouvelles poussées de huit jours, l'une en juillet 1966 et l'autre en décembre.

Malade suivie du 4.5.1966 au 19.12.1966

Observation n° 3

BAU... Jacques, 21 ans.

Kératite limbique récidivante de l'oeil gauche évoluant depuis l'enfance, apériodique, associée à une rhinopathie chronique. Il n'y a pas d'autres manifestations cliniques infectieuses. Les tests aux pneumallergènes et à la tuberculine sont négatifs. Parmi les tests bactériens, nous retenons le pneumocoque (+++). L'enquête allergologique est suivie 36 heures après une importante réaction focale d'aggravation, aussitôt réduite par le traitement antibiotique et antihistaminique (BAYRENA et SYSTRAL). Il y a disparition de la kératite. La désensibilisation au pneumocoque au 1/10.000 n'est pratiquée que pendant quelques semaines, sans rechute.

Malade suivi du 19.12.1964 au 20.1.1965.

Observation n° 4

BAU... Christian, 17 ans.

Kératite ulcéreuse de l'oeil droit, ayant succédé à une rhinite. L'oeil gauche a été atteint à l'âge de 4 ans lors d'un épisode naso- oculaire identique. Entre temps il y a des poussées de faible intensité et de courte durée. La dernière poussée a nécessité un mois d'hospitalisation. Une furonculose et un impétigo sont les seuls antécédents cliniques retrouvés. On note une hypertrophie de la pituitaire à la rhinoscopie. Le B.C.G. est fait en 1964 et l'intradermo de contrôle à la tuberculine 3 unités est suivie d'une réaction de ++. Parmi les tests bactériens, l'intradermo au pneumocoque est de +++ ; au C.C.B. ; à l'antoxine ++(+). Le traitement antibiotique (TETRACYCLINE-TRISULFAZINE) et la désensibilisation au pneumocoque au 1/10.000 déclenchent une poussée oculaire qui rétrocede avec le changement de dilution de l'antigène (1/100.000). Après plusieurs mois de guérison consécutive à l'antigénothérapie maintenue à dose fixe (pneumocoque au 1/10 ; 4/10 cc) une poussée de rhinite infectieuse est suivie d'une rechute de la kératite.

Malade suivi du 5.2.1965 au 20.12.1965.

Observation n° 5

Monsieur BEN..., 72 ans.

Kérato-conjonctivite.

Nous retenons une sensibilisation bactérienne au streptocoque ++ et C.C.B. +. Le test à la poussière est positif +++. Il y a une réaction focale d'aggravation conjunctivo-palpébrale. Après la cure sulfamidée de MADRIBON, la désensibilisation à la poussière 1/5.000.000 et au C.C.B. 1/100 est envisagée.

Malade suivi du 9.1966 au 9.1966

Observation n° 6

Madame BIE... 63 ans.

Kératite ponctuée de l'oeil gauche associée à une conjonctivite. L'enquête allergologique révèle une sensibilisation à la poussière +++, au coli +++++, au staphylocoque ++, au strep-tocoque +. Les tests sont suivis d'une réaction focale d'atténuation. La cure BAYRENA et HUMATIN a un effet thérapeutique assez bon.

Malade suivie du 3.1965 au 8.1965.

Observation n° 7

Madame BOR... Annie, 18 ans.

Kératite unilatérale, atteignant l'oeil droit, évoluant depuis 3 mois. La kératite survient chez une rhinopathe, sujette aux angines. Parmi les tests bactériens, le streptocoque et le C.C.B. donnent une réaction de ++. Il n'y a pas de réaction focale. Une cure sulfamidée (MADRIBON) et antihistaminique précède la désensibilisation au C.C.B. au 1/10.000. Il y a une réaction focale d'aggravation thérapeutique en période cataméniale. La vaccinothérapie est poursuivie jusqu'à la dose de 2/10 cc de la dilution au 1/1.000. Après une interruption de un mois, nous préférons reprendre la désensibilisation en changeant de dilution (C.C.B. 1/10.000 5/10).

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 8

Monsieur CHA... Jules, 59 ans.

Kératite évoluant, associée à une irido cyclite.
L'enquête allergologique est suivie d'une réaction focale oculaire d'atténuation. Tests :

- streptocoque +++
- C.C.B. +(+)
- Staphylocoque +
- Anatoxine +++
- Poussière +++ (nous avons fait ce test à un pneumallergène pour témoin).

La désensibilisation à la poussière de maison (1/5.000.000) et au streptocoque (1/10.000) est conseillée.

Malade non revu.

Observation n° 9

Monsieur CLE..., 53 ans.

Kératite de l'oeil gauche avec une taie centrale associée à une acné rosacée de la face et une folliculite du cou. A l'enquête allergologique, nous retenons une faible sensibilisation aux pneumallergènes (poussière ++) ; par contre il y a une polysensibilisation bactérienne :

C.C.B. +++

Streptocoque +

Staphylocoque +(+)

Coli et protéus ++

Cette enquête est suivie d'une réaction focale d'atténuation. La kératite est d'emblée sensible à l'antibiothérapie complétée par l'antigénothérapie associant le C.C.B. et le staphylocoque au 1/100. La désensibilisation est régulièrement pratiquée (1/100).

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 10

Monsieur COL... Gabriel, 44 ans.

Kératite limbique gauche récente associée à une épiscclérite de l'oeil droit qui évolue depuis 4 ans. Nous retenons de l'enquête allergologique la sensibilisation au streptocoque + avec réaction pustuleuse et au C.C.B. Elle est suivie d'une réaction focale d'atténuation de la kératite, mais d'aggravation de l'épiscclérite. La désensibilisation au streptocoque au 1/10.000.000 est envisagée.

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 11

Monsieur COM... Marcel, 53 ans.

Episclérite de l'oeil gauche évoluant depuis 2 mois. L'oeil est très douloureux, hyperhémie. Signalons l'échec thérapeutique de l'HEXACYCLINE et de la CORTISONE. La rhinoscopie révèle une rhinite de type allergique. Ce malade a des antécédents d'infection urinaire. Sa mère est asthmatique. Une intradermo à la tuberculine (3 unités) donne une réaction ++. Par ailleurs, nous notons une polysensibilisation :

- la poussière ++++
- la plume ++
- le streptocoque ++++ avec une réaction pustuleuse.
- le staphylocoque (+)
- l'anatoxine staphylococcique ++
- le pneumocoque +
- le coli +++
- le protéus +
- la candidine ++

L'enquête allergologique est suivie d'une réaction focale d'atténuation.

Le MADRIBON est inefficace. Par contre, la MYCOSTATINE est suivie d'une nette amélioration qui se prolonge par l'effet de la désensibilisation au streptocoque à la dilution de 1/1.000.000. L'antigénothérapie se prolonge régulièrement. Il y a une fois une réaction focale d'aggravation lors du changement de dilution. Progressivement, nous arrivons à la dilution du 1/10. Le malade va très bien.

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 12

COR... Thierry, 7 ans.

Poussées de kérato-conjonctivite depuis 2 ans, au mois de mai, chez un enfant sujet aux rhinites infectieuses et aux angines. Le père est tuberculeux et on pratique en 1965 la vaccination par le B.C.G. La réaction cutanée à la tuberculine est faible (+). L'enquête allergologique révèle une polysensibilisation bactérienne : le streptocoque est suivie d'une réaction de ++(+) ; le C.C.B. +++ ; le pneumocoque ++(+) ; le staphylocoque ++ ; la toxine staphylococcique ++. Parallèlement, il y a atténuation de la kérato-conjonctivite. La guérison est obtenue par une cure sulfamidée et antihistaminique. On fera un vaccin en cas de rechute annuelle.

Malade suivi du 2.6.1966 au 6.6.1966.

Observation n° 13

Madame DEL... Claudine, 27 ans.

Kératite de l'oeil gauche. Cliniquement, soulignons la fréquence des angines et des rhinopharyngites. Il existe un terrain allergique familial certain : eczéma chez les collatéraux et asthme chez un enfant.

L'enquête révèle une sensibilisation bactérienne au streptocoque +++, au C.C.B. +(+) et au pneumocoque +. Il y a une réaction focale thérapeutique d'aggravation au début de la désensibilisation au streptocoque au 1/100.000. Nous obtenons une amélioration oculaire en diminuant considérablement les doses : 1/10.000.000.

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 14

Madame DUV... Catherine, 20 ans.

Kératite ulcéreuse à bascule évoluant depuis 4 ans, par poussées mensuelles. Nous notons une rhinopathie latente. Les tests aux pneumallergènes sont positifs : la poussière +++, la plume +++. Parmi les tests bactériens, nous retenons le staphylocoque +++ et sa toxine ++. La candidine est positive +. Sous l'effet de la TERRAMYCINE, il y a amélioration. La désensibilisation à la candidine au 1/1.000.000 et au Divasta 1/10.000 est régulièrement pratiquée jusqu'aux doses terminales : la Candidine 1/10.000, le Divasta 1/100 2/10cc. Il y a guérison de la kératite.

Malade suivie du 18.9.1966 au 14.12.1966.

Observation n° 15

FUR... Guy, 41 ans.

Kératite de l'oeil droit avec nodule interstitiel depuis 15 jours, récidive d'une poussée identique survenue un an auparavant. Il n'y a pas de sensibilisation aux pneumallergènes, mais une double sensibilisation bactérienne au streptocoque ++ et au C.C.B. ++. Les tests bactériens ont été suivis d'une réaction focale d'atténuation. Le traitement sulfamidé (MADRIBON) et anti-histaminique est suivi de la disparition clinique de la kératite. Au point de vue ophtamologique, il y a persistance du nodule limbique.

Malade suivi du 11.6.1966 au 27.6.1966.

Observation n° 16

Monsieur GAR... Lucien, 35 ans.

Kératite de l'oeil droit évoluant depuis 1962.

La greffe de la cornée est pratiquée en avril 1966. Depuis le greffon s'est opacifié et revascularisé. La tarsoraphie décidée en novembre 66 nous empêche avec nos moyens, de constater l'état oculaire. Tous les renseignements utiles à notre étude sont communiqués par l'ophtalmologiste.

Nous retenons l'existence de poussées de furunculose de façon sporadique. Résultats de l'enquête allergologique :

- Streptocoque +
- C.C.B. ++
- Pneumocoque (+)
- Staphylocoque +++
- Anatoxine staphylococcique ++++
- Colibacille +++
- Protéus ++++

La désensibilisation au Divasta à la dilution de 1/10.000, sous Propiocrine et Aphilan, est conseillée.

Malade suivi régulièrement.

Observation n° 17

GER... Chantal, 6 ans.

Kératite ponctuée superficielle bilatérale récidivante associée à une rhinorrhée, avec recrudescence printanière. A la rhinoscopie, les cornets inférieurs sont roses et la muqueuse est suintante. L'enquête allergologique révèle une polysensibilisation :

- poussière +
- streptocoque ++
- C.C.B. ++
- Pneumocoque +

Elle est suivie d'une réaction focale d'atténuation. On commence une double désensibilisation :

- poussière au 1/5.000.000
- pneumocoque au 1/1.000

A l'occasion d'une rougeole, il y a une forte réaction oculaire. La désensibilisation donne de très bons résultats oculaires. Il y a persistance de la rhinite saisonnière (MADRIBON et BACTERHINOPHAGE). L'antigénothérapie est poursuivie. Nous sommes arrivés aux doses suivantes fixes pour la poussière au 1/500, pour le pneumocoque dilution au 1/10 (3/10 de cm³).

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 18

Madame GIA..., 37 ans.

Kératite chronique ancienne de l'oeil gauche. La première poussée remonte à l'âge de 7 ans. Signalons deux autres poussées, l'une à l'âge de 18 ans, la dernière à l'âge de 30 ans, qui évolue depuis de façon continue avec recrudescence hivernale. Il n'y a pas de manifestation allergique personnelle ou familiale. Nous reterons la fréquence des angines. A l'examen oculaire, le bulbe est très injecté. L'enquête allergologique révèle une polysensibilisation bactérienne :

- Pneumocoque ++
- C.C.B. +++
- Anatoxine ++(+)
- Test Mérieux (Tuberculine) ++
- Colibacille et Protéus ++

Elle est suivie d'une réaction focale oculaire d'aggravation. La cure sulfamidée et la désensibilisation double au C.C.B. et à l'anatoxine (dilution au 1/10.000°) sont à l'origine d'une réaction importante qui se poursuit malgré la thérapeutique antibiotique (Mexocine et Propiocrine) et la très faible dilution finale des germes (1/10.000.000°). Après arrêt de la désensibilisation, un essai thérapeutique avec la salazopyrine est tout aussi décevant. Nous revenons à la désensibilisation au C.C.B. à la très faible dilution du 1/1.000.000.000°. Dès la troisième injection, il y a une réaction oculaire d'amélioration. La quatrième injection entraîne la guérison totale. La malade est revue deux ans après le début du traitement et signale qu'il n'y a pas eu de rechute. Des injections hebdomadaires sont faites à la dose fixe de 5/10 cc de C.C.B. au 1/1.000.000.000°.

Monsieur le Professeur SARAUX conclut le 20.10.1967 à un état oculaire excellent, aux cicatrices non évolutives. L'acuité visuelle est revenue à 6/10 (elle était descendue à 2/10 le 25.10.1965).

Malade suivie du 25.10.1965 au 20.10.1967.

Observation n° 19

GOU... Maurice, 53 ans.

Kératite marginale droite évoluant depuis une semaine. Il y a 7 ans, ce malade a fait une poussée oculaire identique, de courte durée. A l'examen général clinique biologique et radiologique (poumons), on ne retrouve pas l'existence de foyer primaire. Signalons une poussée eczémateuse du cuir chevelu et une rhinopathie : les cornets inférieurs sont suintants, rose pâle ; les cornets moyens sont positifs (poussière et plume ++). Les tests bactériens sont négatifs. On complète l'enquête allergologique par un test à la tuberculine 3 unités et un second à l'antigène méthylé 1/10. Le premier donne une réaction cutanée de +++, le second +. La réaction focale d'atténuation qui suit nous permet de retenir l'origine allergique tuberculinique de cette kératite. La désensibilisation à la tuberculine au 1/100 donne de très bons résultats oculaires. Nous pratiquons la tuberculinothérapie en injection intradermique et sous-cutanée jusqu'aux doses fixes de 5/10 de la dilution au 10 cm³.

Malade suivi du 20 février 1965 au 3 septembre 1966.

Observation n° 20

Madame GRE... Jeanne, 51 ans.

Episclérite de l'oeil droit évoluant depuis 5 mois, rebelle à toute thérapeutique. Cette femme n'a pas d'antécédents allergiques. Elle a fait une adénite tuberculeuse à l'âge de 16 ans, et le mari est tuberculeux depuis trois ans. On ne retrouve pas de foyer tuberculeux évolutif. Parmi les tests pratiqués, seule la tuberculine 3 unités donne une réaction locale cutanée importante ++++, encore visible 15 jours après le test. On se décide à une tuberculinothérapie au 1/100. Il y a une réaction focale d'atténuation considérable. On confie le traitement : STREPTOMYCINE, REMIFON.

Malade suivie du 20.5.1964 au 9.3.1966.

Observation n° 21

Madame HUG... Francia, 64 ans.

Scléro-kératite saisonnière de l'oeil gauche évoluant depuis 4 ans. Notons des accidents tuberculeux à l'âge de 22 ans. Actuellement, une très forte sensibilisation à la Tuberculine 3 unités, nous amène à faire des investigations cliniques et paracliniques, à la recherche d'un foyer tuberculeux évolutif. L'ensemble des examens est négatif. La vitesse de sédimentation est légèrement accélérée. Le test à la tuberculine a provoqué une réaction focale d'aggravation. Les tests au pneumallergènes et aux bactéries sont négatifs. Notons une réaction cutanée de +++ pour l'épidermophyton et le protéus. Une thérapeutique triple antibuberculeuse (REMIFON, P.A.S., STREPTOMYCINE) précède la désensibilisation par l'antigène méthylrique au 1/100. Des réactions focales d'aggravation obligent à changer de dilution. Il n'y a pas de résultat satisfaisant même à la dilution de 1/100.000. Dès lors, il y a une succession de différents traitements anti-inflammatoires amenant une amélioration qui est très nette avec la TRIAMCINOALONE associée aux gammaglobulines. Puis nous tentons la tuberculinothérapie à partir du 1/100. Il y a aggravation certaine oculaire. L'épisclérite semble échapper aussi à la tuberculinothérapie aux dilutions du 1/10.000, du 1/100.000, du 1/1.000.000 et du 1/1.000.000.000. Ce n'est qu'aux très faibles doses du 1/10.000.000.000 que l'oeil de cette malade est sensible au traitement. Nous n'avons pas pu dépasser cette dose. La malade va très bien après un très difficile traitement.

Malade suivie du 23.10.1964 au 3.6.1966.

Observation n° 22

Monsieur JAY... Robert, 43 ans.

Kératite limbique à répétition associée à des céphalalgies hémicrâniennes du même côté. Il y a eu deux poussées récentes. Cliniquement ce malade a des antécédents dermatologiques de furonculose, de folliculite, avec une blépharite permanente. L'enquête allergologique bactérienne est positive pour le staphylocoque +, le streptocoque (+) et le C.C.B (+). Le traitement antibiotique (PROPIOCINE) et anti-histaminique améliore la kératite. Mais il faut souligner que lors de la première consultation, celle-ci était en fin de poussée. On envisage une désensibilisation à la toxine staphylococcique en cas de rechute.

Malade suivi du 27.10.1965 au 3.12.1965.

Observation n° 23

Madame JOC..., 46 ans.

Kératite de l'oeil gauche. Nous ne retrouvons pas d'antécédents personnels infectieux allergiques. L'enquête allergologique révèle une sensibilisation bactérienne : le streptocoque +++, le pneumocoque ++, le staphylocoque ++, la toxine staphylococcique +. Une importante réaction cutanée est obtenue avec l'intradermo à la candidine +++++. L'enquête est suivie d'une réaction focale d'atténuation. Sous l'effet du traitement antibiotique et antimycosique (TETRACYCLINE-NYSTATINE) associé à la désensibilisation à la candidine et au C.C.B., la kératite régresse. Partant de la candidine au 1/1.000.000 et du C.C.B. au 1/10.000, nous arrivons aux doses suivantes : candidine 1/10.000 et C.C.B. 1/100.

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 24

Madame JOU... Louise, 71 ans.

Kératite en bandelette, d'apparition récente. L'enquête allergologique aux pneumallergènes est négative ; seule, parmi les tests bactériens pratiqués, la réaction au streptocoque de ++ est valable. Elle est suivie d'une réaction focale d'amélioration. Une cure de MADRIBON donne de bons résultats. La désensibilisation au streptocoque est envisagée en cas de rechute.

Malade suivie du 1.7.1966 au 4.7.1966.

Observation n° 25

Madame LAN..., 30 ans.

Kérato-conjonctivite. Cette malade a des poussées de furonculose. A l'enquête allergologique, nous retenons le streptocoque +++, le C.C.B. ++++ avec réaction pustuleuse, la poussière ++ et la candidine +(>). Elle est suivie d'une réaction focale d'aggravation. Sous l'effet du traitement antibiotique associé à la vaccinothérapie (C.C.B. 1/10.000), la malade est mieux. Une réaction focale d'aggravation à la dilution du 1/1000 nous a fait changer de dilution.

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 26

Madame LON... Marie, 64 ans.

Kératite chez une colopathe ayant, par ailleurs, un glaucome et une irido-cyclite. Enquête allergologique :

- streptocoque +++

- C.C.B. ++

- Colibacille ++++

-Protéus ++

Elle est suivie d'une réaction focale d'exagération très nette. Dans le cas indiqué, la thérapeutique drogues, à visée digestive, associée à l'AMPHOCYCLINE puis la désensibilisation au coli (1/1.000.000) ne donnent pas les bienfaits attendus. Résultats médiocres.

Malade suivie du 11.1966 au 2.1967.

Observation n° 27

LYO... Gérard, 34 ans.

Kératite nodulaire de l'oeil gauche.

Il y a eu antérieurement deux poussées de kératite nodulaire de quatre mois chacune, l'une en 1963, l'autre en 1964, traitées par la cortisone. La poussée actuelle est aggravée par le traitement cortisonique. Il n'y a pas de notion allergique personnelle ou familiale. Les tests aux pneumallergènes sont négatifs. L'intradermo à la tuberculine 3 unités provoque une réaction cutanée de +++. Parmi les tests bactériens (faiblement positifs) un seul retient notre attention : le C.C.B. ++, dont la réaction est papuleuse. Enfin la Candidine est aussi positive ++. On associe le MADRIBON et la MYCOSTATINE à la désensibilisation à la Candidine au 1/1.000.000 et au C.C.B. au 1/10.000. Ce traitement améliore la poussée oculaire. Après trois mois de désensibilisation, l'amélioration se poursuit, l'hyperhémie qui entoure la taie régresse. Nous arrivons progressivement aux doses plus élevées : Candidine et C.C.B. à la dilution du 1/1.000.

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 28

Monsieur MAI... Luc, 7 ans.

Kérato-conjonctivite récidivante, associée à une rhinite latente. On ne retrouve pas de foyer primaire. A l'enquête allergologique, cet enfant se comporte comme un polysensibilisé : la poussière ++++, la plume +++, le streptocoque ++, le C.C.B. ++, le pneumocoque +(+), la candidine +(+). La désensibilisation à la poussière au 1/5.000.000 est suivie d'une réaction focale d'aggravation, qui régresse dès l'association au C.C.B. L'amélioration se poursuit pendant le traitement.

Malade suivi du 14.10.1963 au 14.9.1964.

Observation n° 29

Madame MAL... Jacqueline, 29 ans.

Kératite ponctuée évoluant depuis 1960, précédée d'une angine deux mois auparavant. Il y a eu une uvéite en 1963. Notons une poussée urticarienne à la puberté, un herpès nasal et génital ; à la rhinoscopie, une rhinite avec hypertrophie bilatérale des cornets inférieurs. A l'enquête allergologique, cette femme se comporte comme une polysensibilisée :

- poussière +++
- anatoxine staphylococcique ++
- protéus +++
- moisissures n° 3 ++

Il y avait eu auparavant échec thérapeutique du vaccin anti-herpétique. On entreprend une double désensibilisation à la poussière au 1/5.000.000 et de l'anatoxine staphylococcique au 1/1.000. Le résultat oculaire est excellent. Notons une poussée d'herpès précédé d'une colite ayant disparu avec l'entérovioforme. Le traitement est suivi régulièrement jusqu'aux doses terminales : poussière au 1/500 et anatoxine au 1/10.

Malade suivie du 14.3.1964 au 20.12.1966.

Observation n° 30

Monsieur MAR... Roger, 44 ans.

Scléro-kératite, évoluant par poussées depuis 15 ans, à raison d'une poussée mensuelle durant 4 à 5 jours. Cliniquement, on retient l'existence ancienne d'acné pustuleuse.

L'enquête allergologique aux pneumallergènes est négative. Les tests bactériens sont faits en deux temps :

1°/ le streptocoque provoque une réaction cutanée ++ ; le C.C.B. ++ ; le pneumocoque ++.

Ils sont suivis d'une réaction focale d'atténuation.

2°/ le staphylocoque donne une réaction de +++. Le coli et le protéus +++.

Il y a également une atténuation de la scléro-kératite, mais elle survient sur un cycle évolutif déjà régressif. Une cure au MADRIBON associée à la désensibilisation au staphylocoque et au C.C.B. donne de bons résultats. Au cours du traitement, une nouvelle poussée d'acné pustuleuse nécessite une thérapeutique antibiotique (Propiocrine).

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 31

Madame MAR... Josépha, 34 ans.

Kératite de l'oeil gauche récente. Nous ne retrouvons pas de foyer infectieux ; il y a une rhinite latente. L'enquête révèle une sensibilisation au streptocoque ++ et au C.C.B. ++. 15 jours après les tests microbiens, il y a atténuation de la kératite, puis aggravation au cours de la désensibilisation au C.C.B. au 1/10.000.000. Nous changeons la dilution.

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 32

Madame MEN..., 44 ans.

Kératite de l'oeil droit avec taie centrale, associée à une sinusite purulente. Il y a une importante sensibilisation bactérienne :

- le staphylocoque +++,
- l'anatoxine ++
- le pneumocoque ++(+)
- le C.C.B. +
- le streptocoque +

Notons également une sensibilisation à la poussière ++(+) et à la candidine ++(+). Il n'y a pas de réaction focale à la suite de l'enquête allergologique. La kératite est d'emblée sensible à l'antibiothérapie (TERRAMYCINE) puis à l'antigénothérapie associant le pneumocoque, le streptocoque et l'anatoxine ; partant de la dilution du 1/100.000, nous arrivons aux doses terminales du 1/100. Il y a eu régression progressive mais spectaculaire de l'infection oculaire et de la taie. Il se pose maintenant le problème secondaire d'une greffe de cornée sur des lésions non évolutives.

Malade suivie du 9.1966 au 12.1966.

Observation n° 33

Monsieur NIC... Auguste, 62 ans.

Kératite ponctuée superficielle de l'oeil droit en 1961 évoluant avec des poussées d'acné rosacée. La maladie continue à évoluer après la greffe de la cornée faite en 1963.

Plus récemment, il y a une extension de la kératite à l'oeil gauche, apparaissant en même temps que la reprise de la dermatose du visage.

Notons l'existence d'une pyorrhée alvéolo-dentaire.

Résultats de l'enquête allergologique, qui est en outre suivie d'une réaction focale d'atténuation nette, à la fois de la kératite et de la dermatose.

- Streptocoque +
- C.C.B. +++ (réaction pustuleuse)
- Pneumocoque +
- Staphylocoque 0
- Anatoxine +
- Candidine +++++

Les résultats du traitement antibiotique (tétracycline) et de la désensibilisation au C.C.B. (1/100.000) sont encourageants.

Traitement en cours.

Observation n° 34

Monsieur PAV... Xavier, 54 ans.

Kératite limbique de l'oeil gauche évoluant depuis 8 jours, précédée d'une rhinite infectieuse. Nous relevons, dans les antécédents, une blépharite chronique, et une mycose inter-digitale. Les tests aux pneumallergènes sont positifs :

- la poussière ++
- la plume ++

Parmi les tests bactériens, le streptocoque ++++ et le staphylocoque ++++ donnent une réaction importante. La candidine est également positive +++++. L'enquête allergologique est suivie d'une amélioration d'une grande netteté. Celle -ci se poursuit avec le traitement sulfamidé (MADRIBON). Il y a échec thérapeutique de la Mycostatine. Cette réaction nous fait préférer la désensibilisation bactérienne au streptocoque au 1/10.000 et au staphylocoque au 1/10.000. Les résultats sont très bons jusqu'aux doses fixes (dilution au 1/10 = 10 cm³).

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 35

ROB... Danielle, 21 ans.

Kératite ponctuée sous épithéliale évoluant depuis plusieurs années. Des prélèvements conjonctivaux ont montré l'existence des germes "Klebsiella". L'autovaccin par le Friedlander a aggravé la Kératite. Il y a eu une amélioration par greffe de muqueuse buccale. Le bilan pulmonaire clinique, radiologique et biologique est tout à fait normal. Cette malade fait des rhinites trainantes, avec toux spasmodique nocturne, une angine par an. Les tests à la poussière, plume sont positifs ++. Parmi les tests bactériens pratiqués au 1/100 :

- streptocoque +(+)

- Protéus +++

Une intra-dermo à la tuberculine 3 unités est suivie d'une réaction locale de ++(+). L'ensemble des tests est suivi d'une réaction focale d'aggravation. Il est donc difficile de l'attribuer plus à la tuberculine qu'aux autres antigènes. Dès le début de la désensibilisation à l'antigène méthylrique au 1/100, la kératite régresse ; puis une nouvelle poussée oculaire (oeil gauche) nous oblige à mettre la malade à la Pasiniazide et à un antihistaminique ; en même temps, nous changeons de dilution. Ce n'est qu'à la dilution au 1/100.000 que la désensibilisation a une action efficace nette et prolongée.

Parallèlement cette malade suit un traitement anticolérique (Salazopyrine et Entérovioforme). Il semble y avoir une action nette de la Salazopyrine sur l'oeil.

Malade suivie du 30.12.1964 au 24.4.1965

Observation n° 36

Madame ROU..., 35 ans.

Kérato-conjonctivite de l'oeil gauche à l'âge de 18 ans avec ulcère de la cornée. A l'âge de 20 ans, il y a extension des lésions à l'oeil droit. La malade souffre d'une poussée annuelle durant quinze jours avec recrudescence cataméniale. Il n'existe pas d'antécédents allergiques personnels, seule la rhinoscopie révèle une rhinite modérée à prédominance gauche. Signalons l'existence d'une conjonctivite chronique allergique chez le père de la malade. L'enquête allergologique montre une polysensibilisation à la poussière +++, au streptocoque ++(+), au C.C.B. ++(+), au pneumocoque ++, au staphylocoque +++, et à la toxine staphylococcique +++. Elle est suivie d'une réaction focale d'aggravation nasale, mais non oculaire. La désensibilisation au Divasta est suivie d'une amélioration oculaire très progressive, plusieurs fois interrompue par des réactions focales d'aggravation. Partis de la dilution du 1/100.000°, nous arrivons à la dilution du 1/10°. Il y a guérison apparente.

Malade suivie du 9.5.1967 au 1.10.1967.

Observation n° 37

Monsieur RUI... Luis, 55 ans.

Kératite de l'oeil droit qui évolue sur le mode chronique depuis 8 mois. L'enquête allergologique révèle une sensibilisation au streptocoque + et au C.C.B. (+). Elle est suivie d'une réaction focale d'atténuation. La désensibilisation au streptocoque 1/10.000 est envisagée. Il n'y a pas encore d'amélioration subjective, mais à l'examen à la lampe à fente, l'oeil paraît plus clair, de même que le nodule "ne prend plus" la fluoresceïne.

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 38

Monsieur RUL... Guy, 56 ans.

Kératite unilatérale atteignant toujours l'oeil droit, évoluant depuis 5 ans. Notons la tendance à la conjonctivite chronique avec paupières collées le matin et larmoiement, l'existence d'herpès labial et de rhinorrhée chronique. Il n'y a pas de sensibilisation aux pneumallergènes, ni au virus herpétique. Parmi les tests bactériens, la même réaction de +(+)
est obtenue avec le streptocoque, le C.C.B., le pneumocoque et la toxine staphylococcique. La cure de MADRIBON et la double désensibilisation au C.C.B. et à la toxine staphylococcique donnent de bons résultats. On note une fois une réaction focale d'aggravation au cours du traitement. Nous avons commencé la désensibilisation à partir du 1/10.000. A la dilution du 1/10, le malade fait une poussée de cyclite qui régresse sous l'effet du traitement sulfamidé (MADRIBON).

Malade régulièrement suivi.

Observation n° 39

Madame SED... Danièle, 28 ans.

Kérato-conjonctivite de l'oeil droit en évolution depuis 8 ans, s'accompagnant d'une baisse de l'acuité visuelle à 7/10 de ce côté. Les traitements locaux ont été inefficaces. Dans les antécédents, nous notons dans l'enfance l'existence de rhinopharyngites itératives ayant motivé des cures à la Bourboule, et d'une bacillose pulmonaire à l'âge de 18 ans. Il semble y avoir un terrain allergique familial. La rhinoscopie révèle une muqueuse hypertrophiée. Nous avons retrouvé l'existence d'une gingivite chronique liée à deux dents de sagesse encapuchonnées. Les examens paracliniques (radiologie pulmonaire, numération, formule sanguine, vitesse de sédimentation) confirment la cicatrisation complète des lésions bacillaires. L'enquête allergologique a retrouvé une très importante sensibilisation bactérienne pour le Streptocoque +++ (réaction pustuleuse), le C.C.B. +++, le Pneumocoque +++. Signalons aussi une sensibilisation à la poussière ++, au Coli ++ et au Protéus ++. Il n'y a pas de réaction focale oculaire à la suite des tests pratiqués. La cure d'antibiotique (tétracycline), associée au Trisulfazine et au Dimégan, est suivie de la désensibilisation au C.C.B. au 1/100.000°. Les premières injections sont satisfaisantes. L'amélioration oculaire est nette et progressive. Nous arrivons à la dose de 6/10 de cc du 1/100.000°.

Malade régulièrement suivie.

Observation n° 40

Madame TAS... Ginette, 32 ans.

Kérato-conjonctivite de l'oeil gauche depuis un an, survenue sur un fond allergique certain : rhinites, sinusites, migraines, amygdalite à recrudescence cataméniale. A signaler aussi une mycose génitale blanchie par la MYCOSTATINE et une collibacillose. Sa fille est asthmatique, ainsi que son père ; sa soeur a des poussées d'oedème de Quincke lors des règles. Les pneumallergènes, poussière et plume, donnent une réaction cutanée de ++. Dans un deuxième temps, les tests bactériens positifs sont suivis d'une réaction focale d'atténuation :

- streptocoque ++(+) avec pustule
- C.C.B. ++
- coli ++
- protéus ++

Lors de la désensibilisation à la poussière seule, la poussée oculaire persiste, tandis que l'association avec le C.C.B. au 1/100.000 est suivie d'emblée d'une amélioration. A noter une réaction focale d'aggravation qui oblige à changer de dilution, sous MYSTECLINE (C.C.B. 1/1.000.000 - 1/10 cm³). Nous n'avons pas revu la malade.

Malade suivie du 20.4.1966 au 2.7.1966.

Observation n° 41

Monsieur RAY... Robert, 43 ans.

Kératite limbique à répétition chez un malade souffrant par ailleurs de céphalées hémicraniennes (poussées récentes). Nous retenons l'existence d'antécédents dermatologiques (furunculose, folliculite...) avec une blépharite permanente. L'enquête allergologique est positive pour le staphylocoque +, le streptocoque (+), et le C.C.B. (+). Il n'y a pas de réaction focale oculaire. Lorsque le traitement antibiotique est institué (propiocine), la poussée de kératite est déjà en régression. Une désensibilisation à la toxine staphylococcique est toutefois envisagée en cas de rechute.

Malade suivi du 27.10.1965 au 3.12.1965.

Observation n° 42

Monsieur TES..., 36 ans.

Kératite herpétique de l'oeil droit surinfecté. Il y a une sensibilisation bactérienne identique pour le streptocoque, le C.C.B. et le pneumocoque ++. Les tests au coli et au protéus sont positifs +++, la poussière donne également une réaction +++. Le traitement vaccinal est commencé, associant les désensibilisations à la poussière 1/5.000.000 et au C.C.B. 1/1.000. Nous arrivons aux doses finales du 1/1.000 pour la poussière et au 1/10 pour le C.C.B. Les résultats sont bons.

Malade suivi du 4.1964 au 9.1965.

Observation n° 43

Madame THA... Jeanne, 50 ans.

Scléro-kératite unilatérale puis bilatérale évoluant depuis 19 ans. Nous retenons une sensibilisation au streptocoque ++ et au C.C.B. ++, sans réaction focale. La désensibilisation est envisagée.

Malade suivie du 12.1966 au 12.1966.

Observation n° 44

Monsieur TOR... Gilbert, 60 ans.

Kératite de l'oeil gauche évoluant depuis novembre 1965. Ni à l'interrogatoire, ni à l'examen, on ne retrouve de foyer infectieux primaire. Nous avons pratiqué l'enquête allergologique bactérienne de laquelle on retient une polysensibilisation :

- streptocoque ++
- C.C.B. ++
- pneumocoque +++
- staphylocoque ++
- anatoxine

Au décours de l'enquête, il se produit une réaction focale d'aggravation. Sous MADRIBON et APHILAN B6, la désensibilisation au C.C.B., à la dilution du 1/100.000 est commencée. La progression permet d'atteindre la dilution du 1/10. La guérison est complète. Les injections sont espacées (octobre 1967).

Observation n° 45

Monsieur ZED... Robert, 46 ans.

Kératite limbique nodulaire de l'oeil gauche.

Notons une sensibilisation à la toxine staphylococcique +++, au streptocoque +(>). La kératite est d'emblée sensible à l'antigénothérapie : anatoxine au 1/100.000.

Malade suivi du mois d'octobre 1966 au mois de décembre 1966.

ETUDE STATISTIQUE DES OBSERVATIONS

Notre étude porte au total sur 45 observations réparties de la façon suivante :

A/ REPARTITION PAR SEXE ET AGE.

	Ens.	- 25 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et +	Age moyen
Hommes	24	5	8	10	1	42,5
Femmes	21	3	10	7	1	39,3
Ensemble	45	8	18	17	2	41,0

La répartition des observations par sexe et âge présente les particularité suivantes :

- légère majorité d'hommes ;
- forte prédominance des adultes de 25 à 65 ans ;
- sauf pour les 25 à 44 ans, relative homogénéité de la structure par sexe à l'intérieur de chaque groupe d'âge, compte tenu de la légère majorité masculine globale.
- moyenne d'âge sensiblement identique pour les deux sexes.

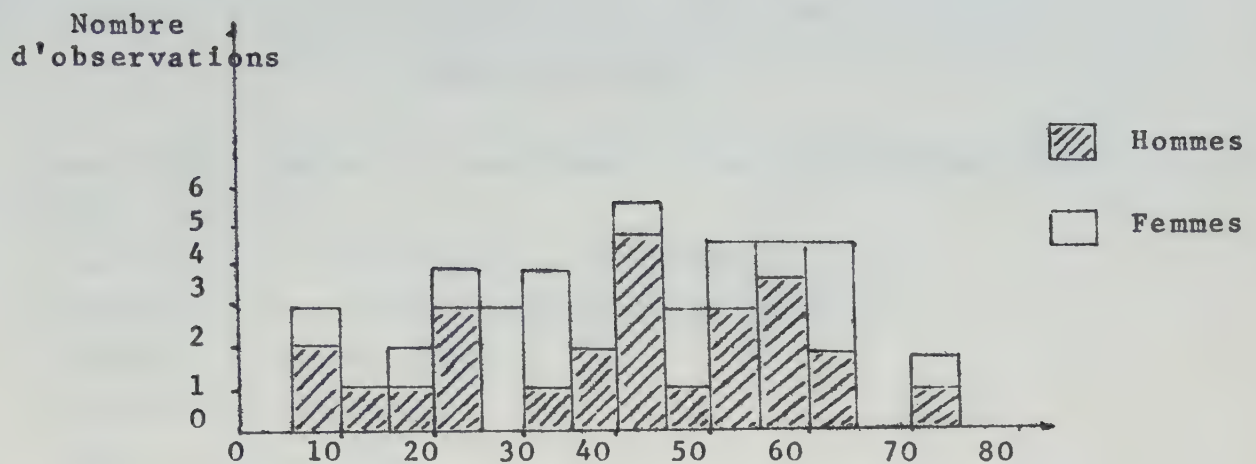


Fig. 1 : REPARTITION PAR SEXE ET AGE (groupes d'âge quinquennaux)

B/ REPARTITION SUIVANT L'ORIGINE DE LA KERATITE.

Nos 45 observations se répartissent par ailleurs ainsi :

- 39 kératites allergiques d'origine bactérienne ;
- 6 kératites d'origine tuberculinique.

	Ensemble	Kératites allergiques bactériennes	Kératites allergiques tuberculiniques
Hommes	24	22	2
Femmes	21	17	4
Ensemble	45	39	6
Age moyen	41,0	38,2	49,8

On notera que les observations relatives aux kératites tuberculiniques correspondent à une structure à majorité de femmes et dont l'âge moyen est un peu supérieur à celui de l'ensemble des observations.

Ces particularités sont, en fait, d'une importance très relative, car ni l'âge, ni le sexe, ne semblent avoir une grande influence sur les résultats que nous avons obtenus.

ETUDE STATISTIQUE

Nous ferons porter successivement nos dénombrements sur les points suivants :

- Antécédents personnels et familiaux ;
- Recherche des foyers infectieux primitifs ;
- Enquête allergologique ;
- Réactions focales ;
- Désensibilisation.

ANTECEDENTS ALLERGIQUES PERSONNELS ET FAMILIAUX.

Sur 45 observations, 15 seulement (soit le 1/3) présentent des antécédents allergiques personnels ou familiaux décelés à l'interrogatoire.

4 observations (n° 36, 38, 39 et 40) présentent à la fois des antécédents allergiques personnels et des antécédents allergiques familiaux.

Observation	Antécédents personnels	Antécédents familiaux
n° 36	Ulcère de la cornée	Conjonctivite allergique
n° 38	O.R.L., eczéma	Asthme
n° 39	O.R.L.	Asthme
n° 40	O.R.L.	Asthme, oedème de Quincke

On notera la similitude profonde des trois derniers cas (permanence de l'asthme dans les antécédents familiaux et des affections O.R.L. dans les antécédents personnels).

Sept observations (n° 3, 17, 18, 19, 28, 29 et 35) présentent des antécédents personnels seuls, tandis que quatre autres observations (n° 2, 4, 11 et 13) présentent uniquement des antécédents familiaux.

Pour ces observations, les affections les plus couramment citées sont :

- pour les antécédents personnels :
 - . les affections O.R.L. (rhinites, coryza...), les colites, l'urticaire...
- pour les antécédents familiaux
 - . l'asthme, l'eczéma, l'urticaire, les affections O.R.L....

On retiendra de cet examen une conclusion importante; compte tenu de la faiblesse relative du nombre de cas où un antécédent personnel ou familial est décelé, il faut savoir penser à une kératite allergique même en l'absence de tels antécédents.

	Ensemble	Antécédents personnels & famil.	antécédents personnels seulement	Antécédents familiaux seulement	Pas d'antécédents
Hommes	24	1	4	2	17
Femmes	21	3	2	3	13
Ensemble	45	4	6	5	30
Kératites bactériennes	39	4	4	5	26
Kératites tuberculin.	6	-	2	-	4
Ensemble	45	4	6	5	30



Aucun antécédent allergique



Antécédents familiaux seulement



Antécédents personnels seulement



Antécédents personnels et familiaux

RECHERCHE DES FOYERS INFECTIEUX PRIMITIFS.

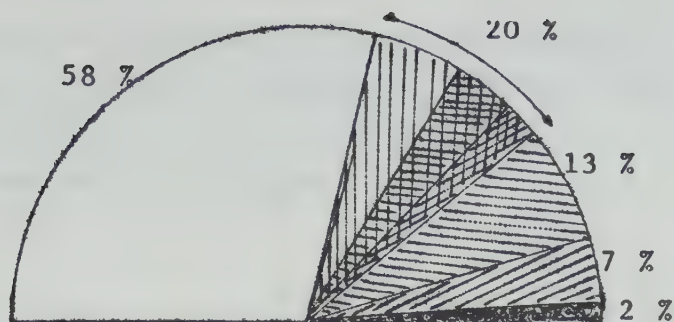
Cette recherche n'aboutit à des résultats que pour 18 observations, soit 40 % des cas.

Pratiquement la moitié de ces observations (8 sur 18) correspondent à des foyers O.R.L. : rhinites, angines..., avec pour deux d'entre elles l'existence d'un double foyer.

Les dix autres observations correspondent à des foyers primaires localisés à la peau, aux poumons, au tube digestif.

Dans la majorité des cas, l'apparition du foyer infectieux semble bien antérieure à l'apparition de l'affection oculaire. L'intervalle correspondant peut parfois se chiffrer en dizaines d'années (observation n° 16).

Il faut cependant faire des réserves sur la possibilité plus fréquente de foyers dentaires infectieux d'entretien dans l'allergie bactérienne ; nous devons reconnaître que nous n'avons pas systématiquement fait examiner nos malades par des



- △ Pas de foyer
- △ Foyer O.R.L. dont =
- △ O.R.L. + Peau
- △ O.R.L. + Poumon
- △ Foyer cutané
- △ Foyer pulmonaire
- △ Autre (tube digestif)

ENQUETE ALLERGOLOGIQUE.

L'enquête allergologique a conduit à des résultats dans la totalité des observations.

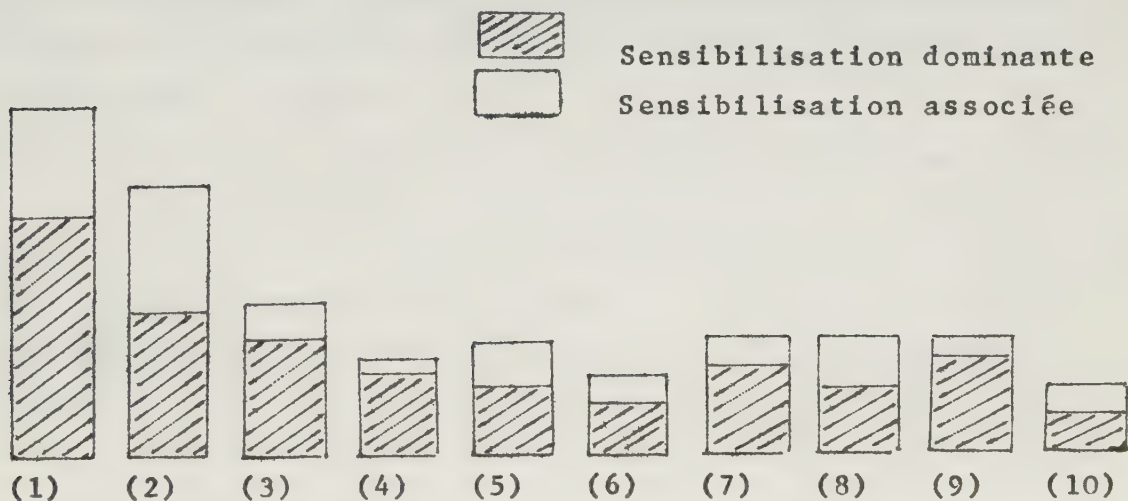
Il convient de noter toutefois que dans deux cas les résultats des tests intradermiques ont été faibles. Nous avons cependant donné de la valeur dans ces cas-là aux réactions focales ou au traitement d'épreuve (observations n° 10 et n° 37).

Dans la majorité des cas, les tests ont révélé une sensibilité à plusieurs allergènes à la fois. Le plus souvent, l'un des allergènes domine assez nettement les autres et ceux-ci n'interviennent que comme sensibilisation seconde. Il peut toutefois arriver que dans certains cas plusieurs allergènes aient la même intensité (cf. par exemple, l'observation n° 16).

Le streptocoque apparaît comme l'allergène le plus fréquent. Il a été 16 fois dominant et 8 fois associé. Le C.C.B. (associant le streptocoque, le pneumocoque et le catarrhalis) paraît ensuite dans l'ordre des fréquences comme étant le plus souvent associé.

Nous avons isolé le groupe staphylocoque et l'anatoxine staphylococcique, ces deux antigènes donnant lieu à une désensibilisation unique par le Divasta lorsque les deux sensibilisations sont communément en cause.

Allergène		Ensemble	Dominant	Associé
Streptocoque	(1)	24	16	8
C.C.B.	(2)	19	10	9
Pneumocoque	(3)	9	7	2
Staphylocoque	(4)	6	5	1
Anatoxine staphylococcique	(5)	7	3	4
Staphylocoque + anatoxine	(6)	6	4	2
Colibacille	(7)	7	5	2
Protéus	(8)	7	3	4
Tuberculine	(9)	7	5	2
Candidine	(10)	4	2	2



REACTIONS FOCALES.

Les réactions focales sont apparues dans 30 cas, représentant les 2/3 des observations. L'interprétation de ces réactions n'a pas été possible dans deux cas. Dans le premier cas, la faiblesse de la réaction n'a pas permis d'en préciser la signification. Dans le second, l'interprétation était impossible en raison d'une tarsoraphie (cf. ~~notre~~ observation n° 16).

Les réactions d'atténuation ont été les plus nombreuses, portant sur 19 observations. Cinq d'entre elles ont été particulièrement marquées (observations n° 11, 20, 24, 33 et 34).

Les réactions d'aggravation ont été beaucoup moins nombreuses (7 observations) ; deux d'entre elles ont été très fortes (observations n° 3 et 26).

Il n'y a pas eu de réaction dans 15 cas, soit sensiblement 33 % des observations.

Dans un certain nombre de cas, des réactions d'aggravation sont apparues à la suite de la désensibilisation, alors que l'enquête allergologique n'avait rien révélé (observations n° 4, 32 et 39). Ces réactions d'aggravation, survenues tout au début du traitement par désensibilisation, ont conduit à diminuer les doses primitivement retenues.

Nous retiendrons la fréquence des réactions d'atténuation dans les kératites bactériennes (16 sur 39). Malgré le petit nombre d'observations, les réactions d'aggravation dans les kératites tuberculiniques sont à prendre en considération et impliquent une exploration très prudente, avec des dilutions très diluées.

	Ensemble	Réaction d'atténuation		Réaction d'aggravation		Absence de réaction	Interprétation impossible.
		Forte	Moyenne	Forte	Moyenne		
Hommes	24	3	10 ⁽¹⁾	1	3	6 ⁽²⁾	1
Femmes	21	2	4	2	3	9	1 ⁽³⁾
Ensemble	45	5	14	3	6	15	2
Moyenne d'âge	40,7	44,7		47,4		33,4	-
Kératites bactér.	39	4	12 ⁽¹⁾	3	4	15 ⁽²⁾	1 ⁽³⁾
Kératites tubercul.	6	1	2	-	2	-	1
Ensemble	45	5	14	3	6	15	2
Moyenne d'âge	40,7	44,7		47,4		33,4	-

(1) dont un cas d'aggravation en cours de traitement.
(2) dont deux cas d'aggravation et un cas de très nette amélioration en cours de traitement.
(3) dont un cas d'amélioration en cours de traitement.

DESENSIBILISATION.

Sur les 45 malades étudiés dans nos observations, 36 (soit une proportion de 80 %) ont subi un traitement de désensibilisation. Dans 15 cas, la désensibilisation a porté sur plusieurs allergènes à la fois (polydésensibilisation).

Sur les 36 cas de désensibilisation, 32 (soit une proportion de 89 %) se sont traduits par des résultats positifs allant de la guérison complète à une nette amélioration. (Il convient de

souligner que le manque de recul empêche de formuler des conclusions définitives pour de nombreuses observations). Nous avons noté toujours un résultat positif, si nous excluons trois cas où le malade n'a pas été revu.

Les résultats obtenus dans les affections oculaires en rapport avec une allergie bactérienne, nous semblent illustrer à quel point l'application pratique des notions pathogéniques concernant cette catégorie d'allergie peut être couronnée de succès. Dans nos statistiques, c'est l'allergie oculaire qui comprend le plus grand pourcentage de réussite (cf. Bibliographie).

Dans les 8 cas où il n'y a pas eu désensibilisation (cf. observations n° 2, 6, 12, 15, 22, 24, 34 et 41), la guérison ou l'amélioration ont été obtenues grâce au traitement entrepris sur la base d'antibiotiques ou autres médicaments symptomatiques.

Le traitement par la désensibilisation a été systématique dans le cas des kératites d'origine tuberculinique ; ce traitement, sauf dans deux cas, s'est appuyé sur un traitement préalable aux antibiotiques antituberculeux. Les résultats ont été franchement positifs, sauf dans un cas où la guérison, quoique bien marquée, s'est avérée difficile (cf. observation n° 21).

a) Traitement par désensibilisation.

	Ensemble	Pas de désensibilisation	Désensibilisation effectuée	
			Monodésensibilisation	Polydésensibilisation
Homme	24	6	8	10
Femme	21	3	12	6
Ensemble	45	9	20	16
Kératites bactériennes	39	8	15	16
Kératites tuberculin.	6	1	5	-
Ensemble	45	9	20	16

b) Résultats.

	Ensemble	Résultat			Autre (malades non revus ...)
		Bon	Moyen	Nul	
Hommes	18	12	5	-	1
Femmes	18	13	3	-	2
Ensemble	36	25	8	-	3
Kératites bactériennes	31	21	8	-	2
Kératites tuberculin.	5	4	-	-	1
Ensemble	36	25	8	-	3

c) Rapidité des résultats.

ENSEMBLE DES OBSERVATIONS			
Résultat	Ensemble	Lent	Rapide
Bon	25	13	12
Moyen	8	5	3
Ensemble	33	18	15

HOMMES			
Résultat	Ensemble	Lent	Rapide
Bon	12	6	6
Moyen	5	2	3
Ensemble	17	8	9

FEMMES			
Résultat	Ensemble	Lent	Rapide
Bon	13	7	6
Moyen	3	3	-
Ensemble	16	10	6

KERATITES BACTERIENNES			
Résultat	Ensemble	Lent	Rapide
Bon	21	11	10
Moyen	8	5	3
Ensemble	29	16	13

KERATITES TUBERCULINIQUES			
Résultat	Ensemble	Lent	Rapide
Bon	4	2	2
Moyen	-	-	-
Ensemble	4	2	2

CONCLUSION

L'étude de 45 observations d'allergie oculaire où des sensibilisations bactériennes ont pu être incriminées dans l'étiologie de ces affections, nous a permis de dégager un certain nombre de faits dont l'intérêt pratique a été souligné :

- la chronicité évolutive de certaines scléro-kératites, la fréquence de leur reviviscence infectieuse, rendent ces affections très infirmantes.
- la négativité habituelle des recherches étiologiques, la survie isolée sans autre contexte clinique, doivent inciter à rechercher une étiologie allergique bactérienne.
- l'inconstance des antécédents allergiques, personnels ou familiaux, mérite d'être soulignée. L'absence de ces antécédents ne doit en aucun cas constituer un argument permettant d'écarter ces malades d'une enquête allergologique nécessaire.
- la disproportion entre la discrétion et l'ancienneté des foyers infectieux, générateurs de l'allergie et l'importance des réactions intradermiques aux antigènes bactériens est la règle. 40 % environ de nos malades étaient porteurs de foyers infectieux O.R.L. Plus rarement, les localisations cutanées, les foyers primaires dentaires méritent d'être recherchés systématiquement. Ils sont vraisemblablement très fréquemment latents.
- L'enquête allergologique proprement dite demande des précautions sur lesquelles nous avons insistées. Il est prudent de l'entreprendre sous antibiothérapie et sous antihistaminique de synthèse ; il est nécessaire d'arrêter tout traitement cortisonique. On s'attache à la lecture des tests intradermiques dans

les délais que nous avons indiqués et surtout à l'étude des réactions focales qui bénéficient largement de documents photographiques pour être appréciées. On trouve des sensibilisations généralement pluribactériennes et pour déterminer la bactérie responsable, il est souvent nécessaire de recourir à l'introduction isolée de chacun des antigènes bactériens. Le streptocoque est le germe le plus fréquemment sensibilisant, après lui le pneumocoque, le staphylocoque ou sa toxine sont responsables d'allergies bactériennes et de l'entretien de scléro-kératites chroniques.

- Lorsque une bactérie peut ainsi être suspectée comme responsable de l'allergie oculaire, le traitement d'épreuve doit être entrepris avec d'innombrables précautions. Les cures d'antibiotiques répétées sont souvent nécessaires. Il convient de détermi-ner la dose et la dilution initiale efficaces ne donnant pas de réaction focale. Le traitement à doses progressivement ascendantes demande souvent de la patience de la part des malades. Le traitement d'entretien doit être longtemps poursuivi. Lorsque ces normes thérapeutiques sont respectées, les résultats obtenus sont dans l'ensemble excellents et justifient, pour complexes qu'elles soient, l'application de ces enquêtes allergologiques et des thérapeutiques spécifiques qui en découlent.

o

o o

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. BREGEAT

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- (1) - ALAUD
 - "Etiologie et pathologie des kérato-conjonctivites phlycténulaires", Am. J. Opht.; Déc. 1925.
- (2) - BARTLETT R.E.
 - "Les kérato-conjonctivites atopiques", Am. J. Opht., 43, n° 5, 766-767, Mai 1957.
- (3) - BERRETTA H.
 - "Contribution à l'étude de l'atteinte oculaire de l'acné rosacée", Thèse Paris, n° 931 73 p., 1953.
- (4) - BLAMOUTIER J. et SARAUX H.
 - "Kératites et sclérites chroniques et allergie bactérienne ou tuberculinique. Etude clinique et allergologique de 32 observations". La Presse Médicale, n° 55, 2884-2888, Déc. 1966.
- (5) - BLAMOUTIER J., DENIMAL C., GOULETQUER J., MOT J.C., KOLLITSCH M.
 - "Etude statistique sur l'allergie bactérienne" La Gazette Médicale, Octobre 1967 (à paraître).
- (6) - BOKE W.
 - "Remarques critiques sur la conception de la kérato-conjonctivite eczémateuse" - Klin. Monatsbl. Augenh., 130, n° 4, 533-536, 1957.
- (7) - BONA VOLONTA A. et AURICCHIO G.
 - "Le traitement par la streptomycine de la kérato-conjonctivite phlycténulaire", Pediatrics, 58, n° 7-8, 539-549, juil.-août 1950.
- (8) - BORRIE P.
 - "La rosacée ; ses manifestations oculaires". Brit. J. Derm., 65, n° 12, 458-463, déc. 1953.
- (9) - BRINI A.
 - "Kératite phlycténulaire dans les suites immédiates de la vaccination au B.C.G." Arch. Opht., 17, n° 1, 57, janv.-fév. 1957.

- (10) - "Kératite phlycténulaire dans les suites immédiates de la vaccination au B.C.G.", Bull. Soc. Opht., n° 2, 124-126, Paris, 1957.
- (11) - "Kératite phlycténulaire dans les suites immédiates de la vaccination au B.C.G.", Ann. Ocul., 190, n° 3, 221, mars 1957.
- (12) - CALMETTES L., DEODATI F., et AMALRIC A.
- "Manifestations sérieuses chorioretiniennes d'ordre allergique", Bull. Soc. Opht. France 10, 947, 1956.
- (13) - CANETTI et LACAZE
- "Données nouvelles sur l'évolution et la signification de l'allergie tuberculinique", Ann. de l'Inst. Pasteur, 1940.
- (14) - COLLIER M.
- "Kératite bulbeuse subaiguë avec oedème rétinien au cours d'une rosacée de la face", Bull. Soc. Opht. France, n° 7-8, 455-458, juil.-août 1959.
- (15) - DICKIE A.W.
- "Kérato-conjonctivite phlycténulaire récidivante traitée par désensibilisation à la tuberculine", Brit. Med. J., n° 5300, 305-306, 4 août 1962.
- (16) - DOUROFF N.
- "Kérato-conjonctivite phlycténulaire. Signe révélateur de l'imprégnation tuberculeuse chez l'enfant", Thèse Paris, n° 350, 70 p., 14 juin 1944.
- (17) - DWORETZKY
- "Allergic diseases of the eye, New-York J. Med., 57, 4, 1957.
- (18) - ERMO (d') F.
- "L'allergie cornéenne", Soc. Opht. Ital., 17-20 oct. 1960.
- (19) - FARSON C.
- "La kérato-conjonctivite phlycténulaire à Point Barrow, Alaska", Am. J. Opht., 51, n° 4, 585-588, avril 1961.
- (20) - FAVOUR C.B.
- "Manifestation of bacterial allergy in the eye. A study of 35 cases referred to the internist for a search for foci of infection" Am. J. Opht., 40, 705-723, 1955.

- (21) - GOLDSMITH A.J.B.
- "Manifestations oculaires de l'acné rosacée", Brit. J. Derm., 65, n° 12, 448-457, déc. 1953.
- (22) - GOULFIER
- "Contribution à l'étude de l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire", Thèse Paris, 1912.
- (23) - GUNTHER G.
- "Kératoplastie répétée bilatérale avec opération de la cataracte dans la kératite de la rosacée", Klin. Monatsbl. Augenh., 124, n° 6, 675-680, 1954.
- (24) - HALPERN B.
- "L'allergie", Presses Univers de France, n° 1201, 1965.
- (25) - KECKAROVSKI A.
- "A contribution to the experimental study of the allergic processes of the anterior segment of the eye", Brit. J. Ophth., 42, 288-292, 1958.
- (26) - LARMANDE A. et TOULANT M.
- "Kérato-conjonctivite phlycténulaire et adénite cervicale", Allergie méd., 57, n° 7, 661-662, juil. 1953.
- (27) - LAUGIER B.
- "La kérato-conjonctivite phlycténulaire, unique manifestation d'une tuberculose de primo-infection", Gaz. Hôp., n° 7-8, 86, 16-23 fév. 1952.
- (28) - LOISLLIER- TOULANT M.
- "Les formes atypiques de la kérato-conjonctivite phlycténulaire", Algérie méd., 59, n° 9, 553-556, sept. 1955.
- (29) - LORTAT-JACOB E.
- "Acné rosacée. Kératite rosacée", Gaz. Méd. France, 61, n° 18, 1035-1036, sept. 1954.
- (30) - LOEWENSTEIN A.
- "Allergic eye diseases", Ztschr. Augenh. 26, 5, 72, 1938.
- (31) - MALHURET R.
- "Les complications oculaires dans l'acné rosacée", Bull. Soc. Franç. Derm., n° 4, 476, juil. 1950.

- (32) - MARTINE-FONTAINE
- "L'allergie en ophtalmologie", Paris, Ed. Flammarion.
- (33) - MUNICH W. - "Recherches sur le comportement des combinaisons phosphoriques solubles dans les acides dans la kératite anaphylactique expérimentale", Ann. Ocul., sept. 1957, 190, n° 9, 710.
- (34) PHILIP R.N., COMSTOCK G.W. et SHELTON J.H.
- "La kérato-conjonctivite chez les Esquimaux du Sud-Ouest de l'Alaska"- I. Caractéristiques épidémiologiques". Am. Rev. Resp. Dis. 91, n° 2, 171-187, fév. 1965.
- (35) PHILIP R.N. et COMSTOCK G.W.
- "La kérato-conjonctivite phlycténulaire chez les Esquimaux du Sud-ouest de l'Alaska.- II. Prophylaxie par l'isoniazide", Am. Rev. Resp. Dis., 91, n° 2, 188-196, fév. 1965.
- (36) - PINES A.
- "Kérato-conjonctivite phlycténulaire récidivante traitée par désensibilisation à la tuberculine", Brit. Med. J., 14 mars 1959, n°5123, 689-690.
- (37) - RICCI A.
- "Manifestations kérato-conjonctivales de l'allergie tuberculeuse", Arch. Tisiol., 8, n° 2, 164, fév. 1953.
- (38) - RICHTER S.
- "Perforation de la sclère dans la kératite rosacée", Klin. Monatsbl. Augenh., 146, n°3, 422-424.
- (39) - ROCHE L.
- "L'allergie microbienne dans les affections oculaires", Thèse Paris, 1965.
- (40) - TALIERCIO E.
- "Position chronologique de la kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cycle de la primo-infection tuberculeuse", Arch. Tisol. 7, n° 2, 159-171, fév. 1952.
- (41) - THEODORE F.H. et SCHLOSSMAN A.
- Ocular Allergy, 1 vol. 420 p. Baltimore, Williams and Wilkins, ed, 1958.
- (42) - THEODORE F.H.
- "Bacterial allergy of the eye", Tr. Am. Acad. Opht., 65, 184-196, 1961.

- (43) - THOMAS Ch., CORDIER J. et ALGAN B.
- "Les données actuelles du traitement de la
kératite rosacée", Bull. Soc. Franç. Derm.,
août-oct. 1957, n° 4, 479-481.
- (44) - THOMAS Ch.
- "The cornea", 1 vol. Publ. Thomas Ch., pp.
710-730 ("Corneal diseases of allergic origin").
1955.
- (45) - WOODS A.C.
- "Allergy and immunity in ophtalmology", Bal-
timore, The J. Hopkins Press, 1933.
- (46) -
- "Ocular Allergy", Am. J. Opht., 32, 1457-1478,
1949.
- (47) - WORINGER
- "Le sort des enfants ayant présenté une kérato-
conjunctivite phlycténulaire", Paris Méd.,
nov. 1931.
- (48) - WRIGHT J.C. et MEGER G.E.
- "Kérato-conjunctivite allergique secondaire
à une dermatite séborrhéique", Am. J. Opht.
53, n° 4, 686-687, avril 1962.

